

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....

Αθήνα , / / 20....

ΠΡΟΣ:

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κεντρική Υπηρεσία
Δ/νση Διοικ. & Οικ. Υπηρεσιών
Τμήμα Γραμματείας

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή:

1. την **υπεύθυνη δήλωση** με την οποία και σύμφωνα με το άρθρο 55, παρ. 2, του ν.3528/2007 και το άρθρο 8, παρ. 4, του ν.1599/1986, δικαιολογώ την απουσία μου λόγω ασθενείας στις
.....
2. την **ιατρική γνωμάτευση** της αναρρωτικής αδείας μου από έως και διάρκειας ημερών.

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

.....

(Υπογραφή)